



Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien

Die menschliche Sexualität manifestiert sich in sexuellen Verhaltensweisen, Beziehungen oder Praktiken und beinhaltet darüber hinaus sexuelle Gedanken, Fantasien, Einstellungen oder Begierden [1]. Sexualität dient nicht nur der Fortpflanzung: Sie eröffnet die Möglichkeit, emotionale Nähe zu anderen Menschen auszudrücken oder zu vertiefen, Genuss oder Entspannung zu erleben oder in der eigenen geschlechtlichen Rolle Bestätigung zu finden. Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl weiterer Gründe für Sex, z. B. neue Erfahrungen zu machen, eine Fantasie auszuleben oder einen Streit beizulegen [2].

Biologische Faktoren sind zwar untrennbar mit menschlicher Sexualität verbunden, aber nicht mit ihr gleichzusetzen. Psychologische (z. B. persönliche Werte oder Kognitionen) und gesellschaftliche (z. B. wirtschaftliche, politische, kulturelle, ethische, rechtliche oder spirituelle) Faktoren entscheiden darüber, welche sexuellen Verhaltensweisen angestrebt und gezeigt [1] und wie sie bewertet werden. Diese Faktoren sind einem ständigen Wandel unterworfen. Auch wenn Sexualität im Alltagsbewusstsein eine unveränderbare, von Natur gegebene Einheit sein mag, so ist sie doch tatsächlich ein „veränderbar Zusammengesetztes“ [3]. Es ist technisch möglich geworden, Befruchtung und Embryonalentwicklung prinzipiell aus dem weiblichen Körper heraus zu verlagern. Es ist auch zu einer Vervielfältigung der sozial akzeptierten Beziehungs- und Lebensformen und der in ihnen praktizierten Sexualität gekommen. Ein hervorzuhebendes Beispiel ist

die Onlinesexualität, die als E-Sex oder Cybersex in der westlichen Welt frei zugänglich ist [3], sogar Robotersex ist im Angebot [4].

Sexuelle Gesundheit wird definiert als körperliches, emotionales, psychisches und soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sexualität; nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, Dysfunktionen oder Störungen [1]. Wo genau die Grenzen zwischen sexueller Gesundheit und sexuellen Problemen zu ziehen sind und wann genau eine sexuelle Störung vorliegt, das wird meist nicht von klar objektivierbaren Merkmalen bestimmt, sondern ist Resultat eines fortlaufenden Aushandlungsprozesses zwischen Wissenschaftlern (vgl. [5]). Die Sicherheit über diese Grenzen wurde in früheren Zeiten durch eine rigide Sexualmoral generiert. Wenn heute eine eindeutige normative Vorgabe, wie viel und welches sexuelle Verhalten zu zeigen ist, von den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen weitgehend vermieden wird, so dient das der Vermeidung von unnötiger Pathologisierung und Stigmatisierung: Sexuelles Verhalten oder Erleben gilt nur dann als dysfunktional, wenn die betroffene Person darunter leidet oder andere Personen zu Schaden kommen [6]. Allerdings ist diese Grenze subjektiv und das Fehlen objektiver Merkmale einer Störung kann die Diagnosestellung erschweren.

Weiter verkompliziert wird die Frage nach dem Vorliegen einer sexuellen Funktionsstörung dadurch, dass sexuelle Probleme durch vielfältige medizinische Krankheitsfaktoren oder Substanz- bzw. Medikamentenkonsum ausgelöst oder

bedingt sein können. Die Frage ist: Sollten sie dann ausschließlich als Folgeprobleme diagnostiziert werden? Genauso wirken sich psychische Störungen (z. B. Depressionen), Partnerschaftsprobleme oder andere gravierende Stressoren auf die sexuelle Funktion aus. Ist dann die sexuelle Funktion selbst gestört oder sind es nur die Bedingungen, unter denen sie entsteht?

Vor diesem Hintergrund untersuchen wir anhand ausgewählter Leitfragen, wie sich ein verbessertes Grundlagenwissen zusammen mit den sich ständig verändernden soziokulturellen Bedingungen auf die wissenschaftliche Definition sexueller Funktionsstörungen auswirkt, welche Kontroversen es dabei gibt und inwieweit es gelingt, die mit der Vergabe von Diagnosen verbundene Tendenz zur Medikalisierung und Stigmatisierung sexuellen Verhaltens zu begrenzen.

Kategoriale Diagnostik sexueller Funktionsstörungen

Die Komplexität menschlichen (sexuellen) Erlebens und Verhaltens durch diagnostische Kategorien zu beschreiben, verlangt Vereinfachung, Reduktion und Abstraktion. Dieser Prozess ist für die fachliche Kommunikation unverzichtbar, aber auch fehlerbehaftet. So nennt Stieglitz [7] die „Subjekt- bzw. Situationsvarianz“ (eine Person wird zu zwei verschiedenen Zeitpunkten die Störungssymptome seiner Störung unterschiedlich erleben und darstellen), die „Informationsvarianz“ (unterschiedliche Untersucher haben unterschiedliche Informationen zur Verfügung), die

Tab. 1 Sexuelle Funktionsstörungen im Wandel. Eine Übersicht sexueller Funktionsstörungen des Mannes und der Frau in den Diagnosesystemen DSM und ICD (leicht gekürzt)

DSM-IV	DSM-5	ICD-10 ^a	ICD 11 (Vorschlag ^b)
<i>Störungen der sexuellen Appetenz</i>			
Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71)	Störung mit verminderter sexueller Appetenz beim Mann (F52.0)	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	Dysfunktion mit Hypoaktivität des sexuellen Verlangens des Mannes
	Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau (F52.22)		Dysfunktion des sexuellen Verlangens der Frau
Störung mit sexueller Aversion (302.79)	–	Sexuelle Aversion (F52.1)	(Empfehlung, diese Kategorie wegzulassen)
<i>Störungen der sexuellen Erregung</i>			
Erektionsstörung beim Mann (302.72)	Erektionsstörung (F52.21)	Versagen genitaler Reaktionen (F52.2) oder Impotenz organischen Ursprungs (N48.4)	Erektile Dysfunktion
Störung der sexuellen Erregung bei der Frau (302.72)	Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau (F52.22)		Sexuelle Erregungsstörung bei der Frau
<i>Orgasmusstörungen</i>			
Ejaculatio praecox (302.75)	Vorzeitige (frühe) Ejakulation (F52.4)	Ejaculatio praecox (F52.4)	Frühzeitige Ejakulation
Weibliche Orgasmusstörung (302.73)	Weibliche Orgasmusstörung (F52.31)	Orgasmusstörung (F52.3)	Dysfunktion des Orgasmus
Männliche Orgasmusstörung (302.74)	Verzögerte Ejakulation (F52.32)		Verzögerte Ejakulation
<i>Sexuelle Schmerzstörungen</i>			
Vaginismus (306.51, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors) bzw. Dyspareunie (306.76, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors)	Genitopelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Dyspareunie/Vaginismus)	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5); Vaginismus (organisch, N94.2)	Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörung (in zusätzlicher Gruppierung: Sexuelle Schmerzstörungen)
<i>Sonstige sexuelle Funktionsstörungen</i>			
–	Andere näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen	Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52.8); Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis (N48.8); Sonstige näher bezeichnete Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94.8)	Sonstige näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen
Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung (302.70)	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung (F52.9)	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52.9); Krankheit des Penis, nicht näher bezeichnet (N48.9); Nicht näher bezeichneter Zustand im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94.9)	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen

Diese Tabelle ist angelehnt an eine Vergleichstabelle von Reed und Kollegen [9]

^aIm ICD 10 wird unterschieden zwischen sexuellen Funktionsstörungen ohne organische Ursache (F-Kapitel: Psychische und Verhaltensstörungen) sowie Störungen verursacht durch eine organische Ursache (N-Kapitel: Krankheiten des Urogenitalsystems), im DSM wird diese Unterscheidung nicht vorgenommen. Die Empfehlung für den ICD 11 besteht darin, diese Unterscheidung ebenfalls aufzugeben und von einem integrativen Diagnoseansatz auszugehen

^bÜbersetzungen ins Deutsche wurden von Klein, Brunner, Nieder, Reed und Briken [36] oder basierend auf Reed und Kollegen [9] vorgenommen

„Beobachtungsvarianz“ (verschiedene Beobachter legen ihr Augenmerk auf unterschiedliche Merkmale und gewichten sie anders) und die „Kriterienvarianz“ (verschiedene Beurteiler haben unterschiedliche – oft implizite – Kriterien

hinsichtlich einer Störung). Die Entwicklung klarer Kriterien für psychische Störungen in den klassifikatorischen Systemen der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases, ICD) und der American Psychiatric

Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) hilft, zumindest das letztgenannte Problem zu minimieren. Beide Systeme werden fortlaufend aktualisiert, wobei zwischen den jeweiligen Versionen durchaus Jahrzehn-

te liegen können. Im Folgenden werden wir die 10. und 11. Version der ICD (von 1992 [8] und – voraussichtlich – 2018; [1, 9]) und die 4. und 5. Version des DSM [6, 10] vergleichen, was erlaubt, den Wandel in der wissenschaftlichen Beurteilung sexueller Symptome über die letzten ca. 30 Jahre darzustellen und zu problematisieren (■ Tab. 1).

Aktuelle Kontroversen

Rolle ätiologischer Faktoren im Rahmen der Diagnostik

Die Entscheidung, ob sexuelle Störungen vollständig durch medizinische Krankheitsfaktoren bedingt sind oder nicht, erweist sich in der Praxis zumeist als schwierig. Diese Dichotomie impliziert, die Ursache einer sexuellen Störung sei klar zu identifizieren und es könne somit eindeutig zwischen organisch bedingten und anderen sexuellen Störungen differenziert werden. Diese Sichtweise spiegelt jedoch nicht den Perspektivwechsel wieder, der in Bezug auf sexuelle – aber auch andere psychische – Störungen in den letzten Jahrzehnten stattgefunden hat. Im Rahmen einer multifaktoriellen Ätiologie können körperliche, psychische, soziokulturelle oder partnerschaftsbezogene Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Störungen zusammenwirken [11, 12].

Im ICD-10 werden sexuelle Störungen ohne organische (Haupt-)Ursache in Kap. F52 (Sexuelle Funktionsstörungen) und mit organischer Ursache in Kapitel N (Krankheiten des Urogenitalsystems) eingeordnet. Vor dem Hintergrund des bereits geschilderten Perspektivenwechsels wird die dichotome Unterscheidung nach organischer vs. nichtorganischer Ätiologie vermutlich im ICD-11 aufgegeben. Der Verzicht auf diese Zweiteilung führt dazu, dass Störungen der sexuellen Funktion in einem gemeinsamen Kapitel „Conditions related to Sexual Health“¹ zu finden sein werden – unabhängig davon, ob die Störung allein durch z. B. eine Gefäßerkrankung erklärt oder vorrangig von psychischen Faktoren wie

Bundesgesundheitsbl DOI 10.1007/s00103-017-2597-7
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

J. Hoyer · J. Velten

Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien

Zusammenfassung

Hintergrund. Die sexuelle Reaktion ist das Resultat eines komplexen Zusammenwirkens von psychologischen, physiologischen, interpersonellen, sozialen und kulturellen Faktoren. Diese Faktoren und somit auch das sexuelle Verhalten sind einem ständigen Wandel unterworfen.

Fragestellung. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie sich der Zugewinn an Grundlagenwissen und sich ständig verändernde soziokulturelle Bedingungen auf die wissenschaftliche Definition sexueller Funktionsstörungen auswirken, welche Kontroversen bestehen und inwieweit es gelingt, die mit der Vergabe von Diagnosen verbundene Tendenz zur Medikalisierung und Stigmatisierung sexuellen Verhaltens zu begrenzen.

Material und Methoden. Anhand der führenden internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen werden auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Literatur die veränderten Kriterien der

sexuellen Funktionsstörungen bei der Frau und beim Mann dargestellt und kommentiert. **Ergebnisse und Diskussion.** In den neuen, revidierten Kriterien für sexuelle Funktionsstörungen werden diese weiter objektiviert, was eine verbesserte Grundlage für eine valide Diagnose dieser Störungsbilder liefert. Überkommene Konzepte wie das der sexuellen Aversion werden nicht weiterverfolgt. Trotzdem gibt es bemerkenswerte Divergenzen zwischen den revidierten Klassifikationssystemen, insbesondere was die dualistische Sichtweise psychisch versus organisch bedingter sexueller Probleme anbetrifft. Weiterer Wandel bleibt vorgezeichnet.

Schlüsselwörter

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau · Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes · Sexuelle Aversion · Medikalisierung · Stigmatisierung

Sexual dysfunction: Changing conceptions and criteria of classification

Abstract

Background. Sexual response is the result of a complex interaction of psychological, physiological, interpersonal, social and cultural factors. Those factors – as well as sexual behavior – are subject to permanent change.

Objectives. In this study, we investigated how the growth of basic knowledge and constantly changing social-cultural conditions impact the scientific definition of sexual dysfunctions, which controversies exist and to what degree these changes counteract the common tendencies of medicalization and stigmatization of sexual difficulties.

Materials and Methods. With reference to the leading international classification systems of mental disorders and on the basis of the current scientific literature, we comment

and reflect the changed criteria of sexual dysfunctions in women and men.

Results and Conclusions. The new revised criteria for sexual dysfunctions are more objective, which provides an enhanced basis for valid diagnoses. The concept of sexual aversion is considered obsolete and no longer being pursued. Nevertheless, there are obvious differences between the revised classification systems, especially regarding the dualistic perspective of sexual problems as either caused by psychological versus organic factors. Further change is predetermined.

Keywords

Female sexual dysfunction · Male sexual dysfunction · Sexual aversion · Medicalization · Stigmatization

¹ Bislang sind nur die vorgeschlagenen englischen Kapitelnamen bekannt.

Leistungsängsten aufrechterhalten wird [9]. Ätiologische Informationen werden lediglich durch nachgeordnete Spezifizierungen („qualifiziert“) eingebracht (z. B. „steht in Zusammenhang mit einer anderweitig klassifizierten Störung oder Erkrankung, Verletzung oder chirurgischer Behandlung“).

Die Diagnosesysteme der American Psychiatric Association (APA), die sich, anders als das ICD, allein auf psychische Störungen beziehen, verfolgen bereits seit ihrer 3. Ausgabe [13] einen stärker deskriptiv-phänomenologischen Ansatz. Im DSM-IV bzw. DSM-5 kann eine sexuelle Funktionsstörung auch dann diagnostiziert werden, wenn es bedeutende medizinische oder körperliche Einflussfaktoren gibt. Nur wenn die Symptomatik ausschließlich auf einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. eine Rückenmarksläsion) zurückzuführen ist, sollte keine sexuelle Funktionsstörung vergeben werden. Eine weitere wichtige Veränderung ist im DSM-5 im Vergleich zur Vorgängerversion umgesetzt worden. Während zuvor spezifiziert werden musste, ob eine sexuelle Störung vorrangig durch psychische oder aber gemischte (medizinische und psychologische) Faktoren verursacht wird, muss im DSM-5 keine Angabe zur Ätiologie der Störung gemacht werden. Diese Veränderung ist vor allem durch den noch unzureichenden Forschungsstand zu Entstehungsbedingungen sexueller Störungen bedingt.

Einer vorschnellen diagnostischen Festlegung hinsichtlich der Frage, ob Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens somatische oder psychische Ursachen haben, möchten die neuesten Versionen von ICD und DSM gleichermaßen entgegenwirken. Dies ist grundsätzlich wünschenswert, da Patienten weder mit einer Medikalisierung psychosozialer Probleme noch mit einer Psychologisierung oder gar Stigmatisierung von eigentlich auf somatischen Prozessen beruhenden Defiziten gedient ist [9]. Der offene, eher phänomenologische Ansatz wird (hoffentlich) dazu führen, das sexuelle Problem valide zu benennen. Die Wahl der Therapiemethode wird jedoch weiterhin häufig auf den Erfahrungen, aber auch Voreingenom-

menheiten der Behandelnden beruhen, vor allem da randomisierte kontrollierte Studien zum Vergleich medikamentöser und psychologischer Interventionen für sexuelle Störungen noch selten sind [14].

Geschlechtsspezifische vs. geschlechtsübergreifende Diagnosen

Die Frage danach, welche sexuellen Funktionsstörungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen vorliegen bzw. welche Funktionsstörungen geschlechtsübergreifend diagnostiziert werden können, wird in den Diagnosesystemen ebenfalls unterschiedlich bewertet. Das lineare Modell der sexuellen Reaktion von Masters und Johnson [15] bzw. Kaplan [16] dient auch heute noch dazu, die verschiedenen sexuellen Störungsbilder zu systematisieren. Nach diesem Modell folgen auf eine Phase des sexuellen Verlangens, die zu sexuellen Handlungen motiviert, die Erregungs-, Plateau-, Orgasmus- und Refraktärphase. Alle Phasen sind mit distinkten körperlichen Veränderungen verbunden.

Verschiedene Faktoren müssen im Hinblick auf die Geschlechtsspezifität sexueller Störungen berücksichtigt werden. So sind Störungen in allen Phasen des Reaktionszyklus möglich. Probleme in der gleichen Phase können sich jedoch bei Männern und Frauen durch unterschiedliche Symptome (z. B. ausbleibende Erektion bzw. Lubrikation) zeigen. Diese Symptome bei Frau und Mann nach dem gleichen Diagnoseschema zu bewerten, folgt zwar dem Einfachheitsgebot, kann sich aber als problematisch erweisen. Da beispielsweise eine ausreichend rigide Erektion für Geschlechtsverkehr notwendig ist, eine hinreichende Lubrikation jedoch nicht zwangsläufig, ist eine analoge Bewertung der Symptome schwierig. Darüber hinaus sind bestimmte Störungen, wie z. B. der frühzeitige Samenerguss, geschlechtsabhängig und ohne unmittelbare Parallele beim anderen Geschlecht. Schließlich sind Prävalenzen spezifischer sexueller Probleme bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich [17, 18]. Während z. B. geringes sexuelles Verlangen eines der häufigsten sexuellen Probleme bei

Frauen darstellt, tritt diese Problematik bei Männern nur in Einzelfällen über einen längeren Zeitraum auf [19]. Diagnosen haben somit in der klinischen Praxis eine unterschiedliche Relevanz. Vor dem Hintergrund dieser Besonderheiten kommen die Diagnosesysteme zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen, was die Frage der geschlechtsspezifischen bzw. geschlechtsübergreifenden Diagnosen angeht. Dies wird in den Abschnitten zu sexuellen Störungen bei Frauen und Männern näher dargestellt.

Anzahl der Störungsdiagnosen

Störungen der sexuellen Funktion treten selten isoliert auf. So beeinflussen Probleme, die zu Beginn der sexuellen Reaktion (z. B. in der Erregungsphase) auftreten, das Erleben späterer Phasen (z. B. den Orgasmus). Andersherum kann die *Erwartung* eines Problems (z. B. Angst vor Schmerzen) die sexuelle Reaktion bereits in den Anfängen behindern bzw. stoppen (Feed-forward-Schleife). Vor diesem Hintergrund kann diskutiert werden, welche Störungen im Bereich der sexuellen Funktion als getrennte Entitäten bzw. als Teil eines umfassenderen Syndroms zu werten sind.

In Bezug auf die sexuellen Funktionsstörungen der Frau nehmen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die APA jeweils unterschiedliche Positionen ein (Details s. Abschnitt „Sexuelle Funktionsstörungen der Frau“). Dies hat bedeutsame Auswirkungen sowohl für Sexualforscher als auch für diagnostisch und therapeutisch tätige Ärzte und Therapeuten. So müssen, je nach verwendetem Diagnosesystem, unterschiedliche Kriterien eingeschätzt und zur Diagnosestellung herangezogen werden. Studienergebnisse, die sich häufig auf nunmehr bereits überholte Diagnosekategorien berufen, können nicht ohne weiteres auf die neuen, zusammengelegten oder veränderten Störungsdiagnosen übertragen werden. Die intensive Diskussion der neu gewählten Diagnosekategorien lässt zudem die Vermutung zu, dass weitere umfassende Veränderungen der Störungsdiagnosen für die zukünftigen Revisionen der Diagnosesysteme zu erwarten sind. Neuerdings

zusammengefasste Störungen müssen dann möglicherweise wieder getrennten Störungsbildern zugeordnet werden.

Sexuelle Störungen vs. subklinische sexuelle Probleme

Gerade in Zeiten gesellschaftlichen Wandels ist die Frage danach, was im Bereich der Sexualität als normal oder gestört gelten kann, schwierig zu beantworten. Empirische Daten können das Problem nur bedingt lösen, denn in der Regel geht es um ein Mehr oder Weniger von Symptomen und damit um eine dimensionale Diagnostik, bei der die Grenze zwischen „subklinisch“ und „klinisch/ behandlungsbedürftig“ in Abhängigkeit von Kontextbedingungen zu ziehen ist und letztlich willkürlich bleibt. Dies kann missbraucht werden, z. B. im Sinne eines „disease mongering“ [20] (deutsch etwa „Krankheiten erfinden“), bei dem an sich natürliche Schwankungen pathologisiert werden, um Marktinteressen zu verfolgen. Im DSM-5 gibt es deshalb den pragmatischen Versuch, bisher äußerst vage Kriterien („anhaltend“, „wiederkehrendes Auftreten“) durch konkrete Dauer- und Häufigkeitskriterien (6 Monate und mehr als 75 % der Gelegenheiten) zu ersetzen (vgl. Abschn. „Frühzeitiger Samenerguss“).

Einige Experten bemängeln zudem, dass das zentrale Kriterium des Leidens als Voraussetzung für die Diagnose sexueller Funktionsstörungen nicht immer angemessen erscheint [21, 22]. So konnten qualitative Studien, z. B. bei Patienten mit frühzeitigem Samenerguss, zeigen, dass diese ihre Störung als ein Ärgernis bzw. die Symptome als frustrierend oder störend beschreiben [23]. Viele Betroffene erleben dementsprechend eher eine „emotionale Belastung“ bzw. negative Auswirkungen im Hinblick auf ihre Partnerschaft, ohne dass dies zwangsläufig dem Leidensbegriff, der für andere Störungen verwendet wird, entspricht.

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau: sich verändernde Kategorien und Kriterien

Für viele Frauen ist sexuelle Gesundheit keine Selbstverständlichkeit. Sie lei-

den unter Verletzungen ihrer sexuellen Selbstbestimmung, z. B. durch sexuellen Missbrauch, sexuell übertragbaren Infektionen [24] oder unter Problemen mit der sexuellen Funktion [18, 25]. Zu den häufigsten Schwierigkeiten, unter denen Frauen in Bezug auf die sexuelle Funktion leiden, gehören niedriges sexuelles Verlangen, Erregungsstörungen, Schmerzen beim Sex oder Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen [26].

Niedriges sexuelles Verlangen bzw. Erregungsstörungen der Frau

Reduziertes bzw. fehlendes sexuelles Verlangen sowie Schwierigkeiten mit der sexuellen Erregung zählen zu den häufigsten sexuellen Problemen bei Frauen. Prävalenzen schwanken zwischen 7–55 % für geringes sexuelles Verlangen bzw. 11–31 % für Erregungsstörungen [25, 27, 28]. Das häufige gemeinsame Auftreten von Symptomen dieser Störungsbereiche war einer der Gründe für die Einführung einer gemeinsamen Störungskategorie (Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau) im DSM-5 [29]. Diese neue Kategorie ist jedoch vielfach kritisiert worden. So erschwert sie z. B. eine adäquate Erforschung von geringem sexuellen Verlangen und Erregungsstörungen bei Frauen als eigenständige Entitäten. Wir bewerten es daher positiv, dass im ICD-11 voraussichtlich die Störungen des sexuellen Verlangens und der Erregung weiterhin getrennt diagnostiziert werden. Der kategorial-polythetische Diagnoseansatz des DSM-5 wiederum wird der Vielfältigkeit im sexuellen Erleben und den damit phänomenologisch unterschiedlichen Störungsbildern gerechter: Nun müssen 3 von 6 möglichen Symptomen vorliegen, um eine Störung zu vergeben. Dies hat jedoch zur Folge, dass die Diagnose für sehr unterschiedliche Symptomkonstellationen vergeben werden kann. Die (Weiter-)Entwicklung von evidenzbasierten Behandlungsstrategien für dieses Störungsbild wird dadurch merklich erschwert.

Die Frage danach, mithilfe welcher Kriterien ein geringes sexuelles Verlangen bei Frauen adäquat beschrieben werden kann, ist in den letzten Jahren vielfach

diskutiert worden. So konnten Studien zeigen, dass die Abwesenheit sexueller Gedanken oder Tagträume sowie reduzierte bzw. fehlende spontane sexuelle Lust für viele Frauen durchaus normal und kein Zeichen einer sexuellen Störung sind. Viele Frauen beschreiben vielmehr ein responsives sexuelles Verlangen, welches sich erst im Verlauf einer sexuellen Interaktion entwickelt [30]. Im DSM-5 kann daher sowohl das Fehlen von spontanem als auch responsivem Verlangen als Störungskriterium vorliegen.

Erregungsstörungen bei Frauen wurden vielfach mit Lubrikationsstörungen (Störungen der Vaginalsekretbildung bei Erregung) gleichgesetzt. Aktuelle Forschung belegt jedoch, dass – gerade bei Frauen – körperliche sexuelle Erregung und das subjektive Erregungsgefühl nur gering miteinander korrelieren. Mit anderen Worten: Viele Frauen haben ausreichende Lubrikation, ohne sich erregt zu fühlen, oder umgekehrt [31]. Vor diesem Hintergrund kann sowohl fehlende körperliche als auch subjektive Erregung zur Stellung der Diagnose im DSM-5 herangezogen werden.

Im ICD-11 werden vermutlich zwei getrennte Diagnosen erhalten bleiben. Fraglich ist, inwiefern die entsprechenden Diagnosekriterien weiter ausgearbeitet werden und ob, analog zum DSM-5, ein polythetischer Diagnoseansatz gewählt wird.

Sexuelle Schmerzstörungen

Schmerzen im Zusammenhang mit sexueller Aktivität bei Frauen wurden im ICD-10 und DSM-IV zwei Kategorien zugeordnet. Nichtorganischer Vaginismus beschrieb Verkrampfungen oder Angst vor Schmerzen, die eine Penetration unmöglich machen. Die nichtorganische Dyspareunie bezeichnete Schmerzen in unterschiedlichen Bereichen des weiblichen Intimbereichs (z. B. Scheideneingang, Becken), die durch Penetration ausgelöst und nicht durch Vaginismus erklärt werden konnten.

Auch hier unterschieden sich die Ansätze der neuen Diagnosesysteme bedeutsam voneinander. Im DSM-5 sind beide Störungen zu einer Diagnose zusammengefasst. Weiterhin muss

jedoch nur ein Schmerzsymptom in ausreichender Schwere vorliegen, um zu einer Diagnose zu kommen. Das ICD-11 scheint einen anderen Weg einzuschlagen. Die „sexuelle Schmerzstörung“ ersetzt die Diagnose Vaginismus und die Dyspareunie wird aus dem Katalog der sexuellen Störungen gestrichen. Sexuelle Schmerzen, die nicht durch eine vaginistische Störung erklärt werden, sollen zukünftig als körperliche Erkrankung diagnostiziert werden. Dass viele sexuelle Schmerzen durch körperliche Faktoren bedeutsam (mit-)verursacht werden, gilt als wichtiger Grund für diese Entscheidung, die aber vor dem Hintergrund des im ICD-11 ansonsten weitgehenden Verzichts auf ätiologische Informationen bei der diagnostischen Kategorisierung auch inkonsequent wirkt.

Weibliche Orgasmusstörung

Dieses Störungsbild wurde in den letzten Jahren weit weniger kontrovers diskutiert. Die Namensgebung und Störungskriterien von DSM und ICD stimmen weitgehend überein und bedeutsame Veränderungen sind auch im ICD-11 nicht zu erwarten. Für die Vergabe der Störung bleibt eine genaue Abklärung anderer Bereiche der sexuellen Funktion unerlässlich. Liegt eine adäquate sexuelle Stimulation vor? Welche Schwierigkeiten treten in anderen Phasen der sexuellen Reaktion auf? Gibt es körperliche Einflussfaktoren (z. B. eine antidepressive Medikation), die die Orgasmusprobleme wesentlich bedingen? Für Kliniker bleibt zudem die Abklärung des persönlichen Leidensdruckes entscheidend. Internationale Studien konnten zeigen, dass etwa 10 % aller Frauen lebenslang keinen Orgasmus erleben [32]. Daher sollte dieses Störungsbild nur diagnostiziert werden, wenn der Orgasmus nicht oder nur verzögert eintritt bzw. eine deutlich verminderte Intensität des Orgasmuserlebens vorliegt und die Frau sich dadurch persönlich belastet fühlt.

Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes: sich verändernde Kategorien und Kriterien

Erektionsstörungen

Die Kategorie der Erektionsstörung/erektile Dysfunktion erscheint weitgehend unverändert. Bemerkenswert ist jedoch der Versuch des DSM-5, näher zu definieren, wann von einer Störung zu sprechen ist („in 75–100 %“ der sexuellen Aktivitäten), was einer Pathologisierung normaler Schwankungen der Erektionsfähigkeit entgegenwirken soll, zumal einige Männer trotz normaler Erektionsfähigkeit aufgrund überhöhter Erwartungen Erektionsprobleme beklagen.

Frühzeitiger Samenerguss

Aus der Diagnose Ejaculatio praecox (ICD-10 und DSM-IV) sind die Vorzeitige (frühe) Ejakulation (DSM-5) bzw. Frühzeitige Ejakulation (ICD-11) hervorgegangen. Frühere Bezeichnungen implizierten, dass die Ejakulation zu früh stattfindet als gemeinhin als normal oder wünschenswert gelten kann. Die aktuellen Störungsdiagnosen beschreiben deskriptiv das frühe bzw. frühzeitige Eintreten der Ejakulation, ohne dieses normativ zu bewerten.

Eine bedeutsame Präzisierung der Diagnosekriterien ist im DSM-5 vorgenommen worden. Eine Ejakulation muss innerhalb von 1 min nach Einführen des Penis in die Vagina eintreten, um eine Störung als Diagnose vergeben zu können. Dies stellt eine bedeutsame Verbesserung dar, da nun überhöhte Ansprüche an die Dauer des Geschlechtsverkehrs sowie eine subjektiv eingeschätzte fehlende Ejakulationskontrolle (ICD-10) nicht mehr ausschlaggebend für die Diagnosestellung sind. Problematisch ist jedoch, dass sich diese präzise Zeitangabe nur auf vaginalen Verkehr bezieht und für die Störungsvergabe z. B. bei homosexuellen Männern keine zeitliche Richtlinie vorliegt. Experten gehen davon aus, dass eine Selbsteinschätzung der Ejakulationszeit durch den Mann hinreichend valide ist. Die Verwendung einer Stoppuhr, wie sie im Forschungskontext

verwendet wird, ist zur Feststellung der Diagnose nicht notwendig [21, 22].

Eine aktuelle Kontroverse besteht im Hinblick auf die Frage, ob persönlicher Leidensdruck ein notwendiges Kriterium zur Störungsvergabe darstellen sollte. Das Vorliegen von deutlichem Leiden wird in den aktuellen Versionen des ICD und DSM gefordert. Kritiker fordern jedoch den Verzicht auf dieses Kriterium, um eine umfassendere Erforschung des Störungsbildes zu ermöglichen. Ähnlich wie beispielsweise bei einer Migräne sollte nach Ansicht einiger Forscher das Vorliegen des Störungssymptoms und nicht die persönliche Bewertung durch den Betroffenen ausschlaggebend sein [33].

Dass im DSM-5 auf den Spezifizierungsfaktor für die Ätiologie verzichtet wird, ist dem begrenzten Wissen über die tatsächlichen Entstehungsbedingungen der Störung geschuldet. Während genetische Einflüsse in Bezug auf die lebenslange Form der frühzeitigen Ejakulation als gesichert gelten können, ist die Relevanz psychischer Faktoren für die Störungsentstehung noch unklar. Der Verzicht auf eine Spezifikation der ätiologischen Faktoren wird demnach dem unzureichenden Forschungsstand zur Entstehung dieser Störung gerecht [21, 22].

Verzögerte Ejakulation

Die verzögerte Ejakulation – im DSM-IV noch männliche Orgasmusstörung genannt – beschreibt eine deutliche Verzögerung, reduzierte Häufigkeit oder ein Fehlen der Ejakulation. Die Störungskriterien unterscheiden sich nicht bedeutsam zwischen den Diagnosesystemen. Es handelt sich um ein seltenes Störungsbild, von dem schätzungsweise 1 % der Männer betroffen sind. In einer internationalen Studie mit tausenden Teilnehmern variierte die vaginale Ejakulationslatenz, also die Zeit vom vaginalen Einführen des Penis bis zur Ejakulation, von 55 s bis 44 min mit einem Mittelwert von 22 min [34]. Die Frage danach, welche Dauer als zu lang zu bezeichnen ist, lässt sich demnach nicht einfach beantworten und hängt auch von den subjektiven Bewertungen des Mannes bzw. des Paares ab. Während der Einfluss organischer Faktoren (z. B. Medikation, neurologische Er-

krankungen) auf die Ejakulation wenig umstritten scheint, ist die Rolle psychischer Faktoren – ähnlich wie beim frühzeitigen Samenerguss – unklar [21, 22, 35].

Fazit

Wir legen hier eine Auswahl von bei der Diagnostik der sexuellen Funktionsstörungen umstrittenen Punkten vor, die verdeutlicht, dass die wissenschaftlichen Kriterien nach wie vor und wahrscheinlich auch in der Zukunft in der Diskussion sind und bleiben werden. Diese Diskussion ist aber von großer Bedeutung für das Erkennen und die Versorgung sexueller Funktionsstörungen. So lässt sich am Beispiel der Alkoholabhängigkeit leicht zeigen, wie stark die Konsequenzen für das Individuum sind, wenn eine Gesellschaft Störungsphänomene entweder als Ausdruck persönlichen Versagens oder als behandlungsbedürftige Erkrankung bewertet. Erst letzteres ermöglicht den Zugang zu den angemessenen Behandlungsangeboten und schafft auch die Voraussetzung für die Etablierung einer ausreichenden Versorgungsstruktur. Umgekehrt ist aber auch ein Überdiagnostizieren und damit die Pathologisierung an sich natürlicher Abweichungen zu vermeiden. Die Problematik angemessener und empirisch nachprüfbarer Kriterien ist damit bei den sexuellen Funktionsstörungen von herausragender Bedeutung. Dies betrifft aber mehr die wissenschaftliche Forschung. Für die Praxis gilt im Hinblick auf die Diagnostik sexueller Funktionsstörungen, dass über das Vorliegen einer Störung nur nach einer Exploration der sexuellen Reaktion und angrenzender Problembereiche (z. B. Partnerschaftsprobleme, Stressoren) entschieden werden kann. Neben Bedingungen des Auftretens eines sexuellen Problems (inkl. Dauer und Häufigkeit) sollten persönliche Bedeutsamkeit der Störung sowie Leidensdruck erfragt werden, um zu vermeiden, dass passagere oder leichtgradige sexuelle Schwierigkeiten pathologisiert werden. Eine normalisierende Bewertung entsprechender Symptome durch den Kliniker kann vielen Betroffenen

bereits helfen, einen adäquateren Umgang damit zu finden, dass die sexuelle Reaktion gelegentlich hinter den (überhöhten) Erwartungen zurückbleibt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Hoyer

Professur für Behaviorale Psychotherapie,
Technische Universität Dresden
Hohe Straße 53, 01187 Dresden, Deutschland
juergen.hoyer@tu-dresden.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Hoyer und J. Velten geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. World Health Organization (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. WHO, Geneva, S28–31
2. Meston CM, Buss DM (2007) Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 36:477–507
3. Sigusch V (2013) Kultureller Wandel der sexuellen Verhältnisse. In: Briken P, Berner M (Hrsg) *Praxisbuch sexuelle Störungen*. Thieme, Stuttgart, S18–24
4. Döring N (2017) Vom Internetsex zum Robotersex: Forschungsstand und Herausforderungen für die Sexualwissenschaft. *Z Sexualforsch* 30:35–57
5. Briken P, Berner M (2013) *Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Thieme, Stuttgart
6. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. Aufl. American Psychiatric Association, Washington DC
7. Stieglitz R-D (2000) Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen: konzeptuelle und methodische Beiträge zur Evaluierung psychiatrischer Diagnostikansätze. Hogrefe, Göttingen
8. World Health Organization (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO, Geneva
9. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al (2016) Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 15:205–221
10. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. Aufl. American Psychiatric Association, Washington DC
11. Hoyer J (2013) Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut* 58:371–378
12. Hoyer J, Uhmann S, Rambow J, Jacobi F (2009) Reduction of sexual dysfunction: a by-product

of effective cognitive-behavioural therapy? *Sex Relation Ther* 24:64–73

13. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3. Aufl. American Psychiatric Association, Washington DC
14. Brotto LA, Basson R, Chivers ML, Graham CA, Pollock P, Stephenson KR (2016) Challenges in designing psychological treatment studies for sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 715:1–10
15. Masters WH, Johnson VE (1970) *Human sexual inadequacy* Bd. 225. Brown and Company, Boston Little
16. Kaplan HS (1977) Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 3:3–9
17. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB et al (2005) Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 17:39–57
18. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB et al (2013) Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 382:1817–1829
19. Meana M, Steiner ET (2014) Hidden disorder/hidden desire. In: Binik YM, Hall KSK (Hrsg) *Principles and practice of sex therapy*, 5. Aufl. Guilford, New York, S42–60
20. Moynihan R (2003) The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 326:45–47
21. Segraves RT (2010) Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM-V. *J Sex Med* 7:690–695
22. Segraves RT (2010) Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. *J Sex Med* 7:672–679
23. Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L (2006) Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 3:465–475
24. United Nations Programme on HIV and AIDS (2013) *Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. WHO, Geneva
25. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G et al (2010) Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 7:1598–1607
26. Rosen RC, Brown J, Heiman S et al (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26:191–208
27. Bancroft J, Loftus J, Long JS (2003) Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32:193–208
28. Fugl-Meyer KS, Lewis RW, Corona G et al (2010) Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In: Morsini F, Basson R, Aidaikan G et al (Hrsg) *Sexual medicine: sexual dysfunctions in men and women*. ICUD, Bristol, S46–47
29. Brotto LA (2010) The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men. *J Sex Med* 7:221–239
30. Basson R (2005) Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 172:1327–1333
31. Chivers ML, Seto MC, Teresa L et al (2010) Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. *Arch Sex Behav* 39:5–56
32. Laan E, Rellini AH, Barnes T (2013) Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med* 10:74–82

33. Waldinger MD (2007) Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 34:1–13
34. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M (2005) A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2:492–497
35. Wylie KR, Ralph D, Levin RJ, Corona G, Perelman MA (2010) Comments on „Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V“. *J Sex Med* 7:696–699
36. Klein V, Brunner F, Nieder TO, Reed G, Briken P (2015) Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11-Dokumentation des Revisionsprozesses. *Z Sexualforsch* 28:363–373